

Duplicate

193
Lane Medical Library

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
PROFESSEUR : DOCTEUR R. KOENIG

Contribution à l'étude du
Traitement du Placenta praevia
par l'opération césarienne basse

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Elsaïd / Emam

Egypte

Thèse N° 1353

GENÈVE
IMPRIMERIE EUGÈNE MEYER
RUE DE CAROUGE, 48
1930

Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
PROFESSEUR : DOCTEUR R. KOENIG

Contribution à l'étude du
Traitement du Placenta praevia
par l'opération césarienne basse

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Elsaïd Emam
Egypte

Thèse N° 1353

GENÈVE
IMPRIMERIE EUGÈNE MEYER
RUE DE CAROUGE, 48
1930

La Faculté de médecine, sur le préavis favorable de Monsieur le professeur R. Koenig, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 28 octobre 1930

Le doyen : Eug. Bujard

*A la mémoire de mon père et de mon maître le Professeur
O. Beuttner.*

*En témoignage de mon affection et de la
reconnaissance que je leur dois.*

Aux membres de ma famille.

Nous tenons à adresser, au début de notre travail, l'expression de notre vive reconnaissance à Monsieur le Professeur R. Koenig, qui a bien voulu accepter le sujet de notre travail.

Nous remercions tout spécialement Monsieur le Dr. Chatillon médecin-adjoint de la clinique gynécologique et obstétricale qui nous a suggéré le sujet de cette étude et qui nous a constamment guidé au cours de notre travail.

Introduction

Malgré les innombrables publications qui ont été faites sur le traitement du placenta praevia tant sur son traitement médical que sur son traitement chirurgical, il n'en reste pas moins qu'à l'heure actuelle, les avis sont encore très partagés.

L'opération césarienne entre surtout en concurrence avec la version de Braxton-Hicks, qui fut introduite en thérapeutique en 1882-1883 et surtout depuis les travaux de Hofmeier et Behm.

Cette méthode de tamponnement interne du placenta permet d'abaisser la mortalité maternelle de 40 % à 60 % dans les cliniques, cependant que dans la pratique habituelle, ainsi que le remarque à juste titre Hitschmann, cette mortalité reste très élevée. L'opération césarienne basse a permis par contre d'abaisser considérablement cette mortalité maternelle ainsi que la mortalité fœtale qui, comme on le sait, reste considérable avec la version de Braxton-Hicks. Hitschmann d'après une statistique générale relève sur 3.035 cas de version combinée une mortalité maternelle de 6,3 %, mortalité qui est à peu près semblable à celle de la métreuryse, laquelle ascende à 6,2 % sur 1095, ce qui fait dire à Hitschmann que la plus grande majorité des cas de placenta praevia est justiciable des vieilles méthodes (version combinée et métreuryse). Ces preuves sont suffisantes pour les cas où il n'y a pas à envisager de gros dangers de déchirures lors de l'accouchement par les voies naturelles.

Dans le placenta praevia total par contre, Hitschmann est d'accord que l'opération césarienne est préférable à toutes les autres méthodes. Cette opinion de Hitschmann fut vivement combattue par Stoeckle et Saschke lors du congrès de la société allemande de gynécologie et Innsbruck en 1922. Il apporte à l'appui 31 cas de placenta praevia traités par opération césarienne basse avec un seul cas de mort (3,3 %) ; mais ce qui est plus important c'est que pour les enfants à terme il n'a eu aucun décès à relever. Il arrive ainsi à la conclusion que l'opération césarienne pratiquée lorsque la dilatation est grande comme une pièce de trois Marks (3 RM) et que l'orifice est complètement ou presque complètement recouvert de placenta, l'opération césarienne basse constitue la méthode de choix parce qu'elle permet de sauver mère et

enfant. Doederlein est du reste de l'avis que la délivrance abdominale dans le cas de placenta praevia doit sans aucun doute être pratiquée beaucoup plus à l'heure actuelle. Telle est également l'opinion de Zangemeister. D'autres auteurs vont plus loin et sont partisans d'une opération systématique lors du cas de placenta praevia.

L'école française par contre paraît être beaucoup plus éclectique. Certains accoucheurs français restent des défenseurs des méthodes obstétricales.

Coulevaires a une mortalité de 8.2% dans une statistique basée sur les cas de Pinard, Champretier de Ribbes, Bar, des Maternités de Lyon et Ferré. Henrotet d'Anvers arrive également à une mortalité sensiblement égale soit 8,7%. Mais ces auteurs reconnaissent également que la mortalité infantile est effroyable, puisque sur 91 cas, Henrotet a observé une mortalité de 72% en y comprenant 34 maternités de 5 1/2 à 8 mois. Pour Gueniot cette mortalité varie de 30 à 70 %, et pour Beuche elle arrive même à 80 %. On comprend que dans ces conditions-là que l'opération césarienne permettant de sauver l'enfant ainsi que la mère se soit de plus en plus développée depuis une vingtaine d'années.

Il ne fait aucun doute qu'à l'heure actuelle le placenta praevia central ne soit justiciable de l'opération césarienne. Il en est de même des cas où une hémorragie grave survient ou bien des hémorragies à répétition qui peuvent mettre en danger la vie de la mère et où la méthode chirurgicale permettra d'amener un enfant vivant tout en sauvant la mère.

On sait qu'autrefois le tamponnement vaginal fut très employé, généralement pratiqué avec de la gaze enduite d'un antiseptique (pâte de Dührssen en particulier) pour comprimer la région qui saigne et amener si possible la fermeture spontanée des vaisseaux béants. Cette méthode, on le sait, est combattue avec acharnement par les obstétriciens comme dangereuse au point de vue infection surtout, même pour le transport des malades dans les cliniques. Encore à l'heure actuelle la quasi-unanimité des accoucheurs reste contre le tamponnement ; du reste ce tamponnement n'arrête pas toujours l'hémorragie et ne fait que la masquer, de plus il est toujours fort difficile de réaliser un tamponnement aseptique et malgré l'opération césarienne basse moins dangereuse que la classique, il reste un danger d'infection qui diminue notablement la liberté d'action au point de vue d'une intervention chirurgicale ultérieure.

Aussi s'étonne-t-on d'avoir entendu, encore tout récemment, Frey-Bolle, le 13 octobre 1929, lors d'une séance d'un congrès de la société alémanique de gynécologie recommander le tamponnement vaginal exclusivement pour le transport dans la clinique de la parturiente. Frey Bolle fait une distinction que nous estimons spécieuse entre le tamponnement thérapeutique et le tamponnement pour le transport. Cette distinction ne résiste pas devant les faits : le tamponnement fait à domicile par le médecin praticien est toujours mal fait et ne sert de rien, c'est-à-dire qu'il n'arrête pas l'hémorragie, par contre il augmente les risques d'infection. Aussi a-t-on vu aussi tôt Guggisberg, Labarhdt et Hamm s'élever contre cette recommandation dangereuse.

La question de la technique ne paraît pas encore également établie. Les uns restent partisans de l'intervention classique sur le corps de l'utérus, les autres de l'opération césarienne sur le segment inférieur. Lors du congrès d'Innsbruck cependant, la très grande majorité se déclara partisante de l'incision sur le segment inférieur telle qu'elle avait été recommandée par Sellheim contre l'opinion de Krönig qui préférait l'incision sur le corps de l'utérus.

La clinique de Zurich cependant reste encore partisan de l'incision sur le corps de l'utérus lors de l'opération césarienne en anesthésie locale lors de l'intervention précoce.

Un certain nombre de cas de placenta prævia ont été opérés à la clinique obstétricale de l'Université de Genève, que nous voudrions rapporter ici tant au point de vue des résultats obtenus que des techniques opératoires employées.

L'opération Césarienne basse

C'est l'opération césarienne avec incision basse de l'utérus au niveau de la face antérieure du segment inférieur. D'après Frank, Veit, Sellheim, Baisch, consiste en une laparatomie sus-pubienne suivie d'une incision de l'utérus sur son segment inférieur, l'enfant est extrait avec la main, le forceps ou la version et le placenta est expulsé par le Crédé ou décollement manuel.

La technique opératoire telle qu'elle était pratiquée par le professeur O. BEUTTNER, comprend les temps suivants :

1. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On incise la paroi du bord supérieur du pubis à l'ombilic. La cavité péritonéale ouverte, on place de grandes compresses de chaque côté de l'utérus pour protéger les parties latérales de l'abdomen et l'espace compris entre la face antérieure du corps de l'utérus et la paroi abdominale. Un écarteur bivalve maintient les champs en place et expose largement toute la face antérieure du segment inférieur.

2. Au niveau de la partie moyenne du segment inférieur, on incise transversalement le péritoine, en poussant l'incision sur les côtés aussi loin que possible. A l'aide de la pointe des ciseaux courbes on décolle alors le feuillet supérieur jusqu'à l'extrême limite de la zone décollable. Une valve placée sous le feuillet inférieur de la vessie, une pince en cœur fixée sur le feuillet supérieur, exposent alors le segment inférieur dénudé sur une étendue de 10 à 12 centimètres.

3. Au niveau de cette zone dénudée on incise alors longitudinalement le segment inférieur.

4. On extrait alors l'enfant. Cela est facile quand il se présente par le siège, en saisissant un membre inférieur. Quand il s'agit d'une présentation du sommet, ce qu'est le plus fréquent, une forte expression à travers la paroi abdominale permet, le plus souvent, l'enucléation rapide de la tête. Si cela ne suffit pas

on peut, ainsi que le fait Brindeau, avoir recours au petit forceps de Pajot, qui permet une extraction de la tête fœtale. En même temps qu'on extrait l'enfant de l'utérus, l'aide soulève les bords de l'incision utérine à l'aide de pinces, afin d'éviter l'écoulement du liquide amniotique dans la cavité péritonéale : Ce petit temps négligé peut compromettre tout le succès de l'intervention lorsqu'il existe un degré prononcé d'infection amniotique.

5. L'enfant extrait et le cordon sectionné, on procède à la délivrance. On décolle le placenta, et on extrait soigneusement les membranes.

6. La suture se fait en quatre plans :

- a) Suture musculo-musculaire par des points séparés au catgut.
- b) Suture musculo-musculaire par une continue au catgut.
- c) Suture sero-musculaire par une continue.
- d) Suture sero-sereuse par une continue.

7. Fermeture de l'abdomen qui présente rien de particulier.

Observations

Observation I. N° 881, 1919. — M^{me} R. N., 40 ans, 9^{me} pare, a eu huit accouchements, dont le premier en 1902, avec un enfant mort suivi d'hémorragie ; le deuxième a nécessité une version pour une présentation transversale. Les dernières règles datent du 19 avril 1919. La grossesse se passe normalement jusqu'au 29 décembre 1919 ; le 30 décembre, à 6 heures du matin survient une hémorragie abondante d'environ 50 gr. de sang et sans aucune douleur. La malade appelle un médecin qui l'adresse d'urgence à la maternité. A son entrée, la palpation permet de constater une présentation oblique, tête dans la fosse iliaque droite. A l'auscultation les bruits du cœur fœtal sont bien frappés. Le toucher démontre un col complètement fermé sans aucun engagement de grosse partie et la malade continue à perdre son sang en abondance. Une nouvelle hémorragie très abondante se produit du reste, en transportant la malade à la salle d'opération. Il est décidé de faire une césarienne basse, laquelle est pratiquée par une laparatomie transversale, puis incision longitudinale de l'utérus sur le segment. On tombe de suite sur le rebord du placenta et on extrait un enfant vivant 48/2700. On constate alors qu'il s'agit de placenta prævia central. L'opération est terminée selon la technique habituelle. Les suites se passent normalement et la malade peut se lever le 16^{me} jour.

En résumé : Dans ce cas l'opération césarienne basse a permis d'obtenir un enfant vivant et de sauvegarder la vie de la mère, sérieusement compromise par d'abondantes hémorragies avant le début de tout travail ; car il s'agissait bien d'un placenta prævia central.

Observation II. N° 426, 1920. — M^{me} B. L., 41 ans, secondipare, les dernières règles datent du 12 août 1919. Grossesse sans incident jusqu'au 4 avril 1920 où une petite perte de sang se produit sans aucune douleur. Le 9 mai, deuxième perte sans aucune douleur. Le 17 mai, troisième perte, la malade étant au lit. Le 18 mai, une quatrième perte a lieu dans notre service où elle est entrée le 14 ; cette dernière perte est beaucoup plus abondante. L'enfant est en position O. I. D. T., tête mobile au-

dessus du détroit supérieur. Les bruits du cœur fœtal sont bons.

Au toucher, on sent entre le col et la tête une masse molle et pâteuse.

Le col est du reste en arrière et fermé.

Etant donné la situation de la mère, il est décidé de pratiquer une césarienne basse, laquelle est faite selon la technique habituelle et on obtient ainsi un enfant vivant de 51/3000. Placenta prævia central. Les suites sont normales et la malade quitte le service le 10^{me} jour.

En résumé : Hémorragies abondantes dues à un placenta prævia central. La délivrance par césarienne basse a permis chez cette femme qui n'était pas encore en travail d'avoir un enfant vivant et de conserver la vie à la mère.

Observation III. N°893, 1920. — M^{me} B. H., 31 ans, primipare. Les dernières règles datent du mois de mai 1919. Vers le 15 oct. elle a une hémorragie assez considérable alors qu'elle est couchée et endormie. Elle se réveille brusquement avec la sensation qu'elle est mouillée ; au bout de quelques minutes l'hémorragie s'arrête. La malade reprend ses occupations, mais elle recommence à perdre tout le jour un peu de sang.

Le 16 et le 17 novembre, la malade perd davantage. Le 18 à 23 h., alors qu'elle dormait elle eut une hémorragie assez abondante et elle perdit du sang durant toute la nuit. Le lendemain matin elle fait appeler un médecin qui l'envoie dans notre service avec le diagnostic de placenta prævia. A son entrée l'état général est relativement bon, le pouls bien frappé, l'enfant en O.I.D.T. tête mobile au dessus de détroit supérieur, bruits du cœur fœtal normaux. Au toucher le col est fermé, on sent une résistance élastique sur le col, avec une tête mobile au-dessus de détroit supérieur.

Etant donné que les bruits du cœur sont excellents et vu les hémorragies, on décide de pratiquer de suite une opération césarienne qui a eu lieu selon la technique habituelle et permet d'amener au monde un enfant vivant de 50/2700. Les suites sont légèrement subfébriles et la malade se lève le 20^{me} jour. Il s'agissait d'un placenta prævia central.

En résumé : Dans ce cas de placenta prævia central, l'opération césarienne basse a permis de sauvegarder la vie de la mère

et ayant un enfant vivant. Les hémorragies abondantes avant le début de tout travail chez un primipare constituaient l'indication d'urgence de l'opération.

Observation IV. N° 354, 1921. — M^{me} D. N., 25 ans, 3^{me} pare. Dernière règles le 24 septembre 1920. Cours de la grossesse normal jusqu'au 24 avril 1921. A ce moment la malade perd du sang sans aucune douleur. Ses pertes se renouvellent plus tard peu abondantes. La malade reste au lit et tout rentre dans l'ordre. Dans la nuit de 3 mai 1921, alors qu'elle est couchée, la malade est prise d'une forte hémorragie. Elle perd du sang frais en abondance, puis quelques caillots qui inonde son lit. Peu après s'installent des douleurs dans les reins et dans le bas ventre, d'abord espacées puis de plus en plus rapprochées. Elle fait appeler un médecin qui l'envoie dans notre service.

A son entrée, l'état général est bon. A la palpation une présentation du siège S.I.G., mobile au-dessus de détroit supérieur. Les bruits du cœur fœtal sont bons. Au toucher bassin vide, col conservé pour un centimètre permiable pour le bout de doigt ; on sent l'orifice interne recouvert du placenta. Etant donné la situation de la mère, il est décidé de pratiquer une césarienne basse qui a eu lieu par une laparatomie transversale et qui permet d'extraire un enfant prématuré de 42 1570 en asphyxie bleue mais qui peut être ranimé facilement. Les suites opératoires normales, la malade quitte le service le 18^{me} jour.

En résumé : Placenta prævia central avec abondantes hémorragies. L'opération césarienne basse permet d'obtenir l'enfant vivant et de sauvegarder la vie de la mère.

Observation V 348, 1922. — M^{me} M. W., 29 ans, 4^{me} pare, 3 accouchements normaux, une fausse couche. Dernières règles 4 août 1921. Dans les derniers mois de la grossesse on pratique une version externe pour présentation transversale sans succès définitif. Pendant les six dernières semaines, la malade perd un peu de sang jusqu'au 12 mai 1922 à 4 h. du matin où survient une grave hémorragie. La malade s'adresse à la polyclinique obstétricale qui l'envoie de suite dans notre service pour placenta prævia.

A son entrée, bassin normal, perd beaucoup de sang. Au toucher : col perméable pour un doigt et recouvert complètement

du placenta ; enfant en présentation transversale avec tête à gauche ; les bruits du cœur fœtal sont bons.

Il est décidé de pratiquer une césarienne basse selon la technique habituelle et permet d'extraire un enfant vivant de 50/3180. Les suites sont normales, et la malade quitte le service le 10^{me} jour. Le placenta présentait un lobe qui recouvrait complètement l'orifice interne.

En résumé : Un lobe placentaire recouvrait complètement l'orifice interne utérin, et d'abondantes pertes de sang continuelles mettaient la vie de la mère en danger. L'opération césarienne basse a permis d'extraire un enfant vivant et de conserver la vie de la mère déjà sérieusement compromise.

Observation VI 59, 1922. — M^{me}. P. N., 33 ans, 3^{me} pare. Le premier accouchement se termina avec une perforation de la tête fœtale ; bassin légèrement rétréci. Les dernières règles le 17 mai 1921. L'état de santé est bon jusqu'au mois de décembre. Le 27 décembre 1921, au soir une hémorragie se produit sans aucune douleur. Le même phénomène se reproduit le 21 juin 1922 où la malade fait appeler une sage-femme qui fait une injection vaginale chaude, mais les pertes ne s'arrêtent pas et continuent. Le 23, elle commence à avoir des pertes plus fortes et un médecin appelé l'envoie d'urgence dans notre service.

A son entrée, on constate une malade affaiblie fortement anémiée ; l'enfant est en présentation longitudinale, tête mobile au détroit supérieur ; de temps en temps quelques petites contractions utérines, le col est ouvert pour la pulpe du doigt et recouvert du placenta. Une nouvelle et abondante hémorragie se produit peu après son entrée. On décide alors de pratiquer une opération césarienne basse selon la technique habituelle laquelle permet d'extraire un enfant vivant de 46/2770. Malheureusement la mère est décédée d'une péritonite purulente diffuse, le 4^{me} jour.

En résumé : hémorragies graves par placenta prævia central. L'opération césarienne basse a permis dans ce cas de sauvegarder la vie de l'enfant. Malheureusement une péritonite suraiguë a emmené la mère. De nombreux touchers pratiqués en ville, une injection peuvent avoir facilement été cause de l'introduction des streptocoques. La plaie opératoire vérifiée à l'autopsie étant du reste parfaite et n'avait subi aucune déhiscence.

Observation VII N° 107, 1924. — M^{me} M. B., 38 ans, secondipare. Les dernières règles datent du 5 juin 1923. Le 7 février 1924 elle a une hémorragie à domicile, puis vient d'elle même à la maternité. A son antrée : elle perd toujours du sang ; on constate un bassin normal, présentation transversale, tête à droite. Au toucher : le col est à peine perméable pour un doigt, il est du reste très difficile de sentir quelque chose. Le 20, survient une hémorragie d'environ 500 cm 3, mais toujours sans aucune douleur.

Etant donné la gravité de la situation, il est décidé de pratiquer une césarienne basse, qui permet d'extraire un enfant vivant prématuré de 2700 ; il s'agit de placenta prævia central. Les suites sont fébriles et la cicatrisation de la plaie abdominale se fait par seconde intention. L'enfant est décédé quelques jours après et l'autopsie permet de constater une broncho-pneumonie avec une pleurésie fibrineuse.

En résumé : Une hémorragie grave avant tout travail constitue l'indication de l'opération césarienne basse. Il s'agissait d'un placenta prævia central. La vie de la mère fut sauvegardée tout en amenant un enfant vivant.

Observation VIII 68, 1929 — M^{me} P. L. 21 ans, primipare.

Elle a toujours été en bonne santé. Les dernières règles datent du début d'avril 1928, grossesse normale sans œdème, ni troubles urinaires. Ellen'a jamais perdu de sang pendant la grossesse. Le bassin est normal (20,5 ; 29 ; 31 ; 20 ;) Elle entre dans le service le 23 janvier 1929 à 21 h., envoyée par un médecin, car elle perd du sang au début de travail qui remonte à 3 h. auparavant. Il s'agit d'une présentation oblique avec siège dévié sur l'os iliaque droit. Dilatation pour cinq francs, avec col à bord épais d'un centimètre, en somme une partie du placenta pend dans le col, poche existe. La malade a déjà perdu passablement de sang, les bruits du cœur fœtal sont très mauvais, très ralentis. La situation étant grave aussi bien pour la mère qui perd du sang en abondance, que pour l'enfant, il est décidé de pratiquer de suite une opération césarienne basse. L'opération a lieu sous anesthésie rachidienne, faites selon la technique habituelle, et en quelques minutes est extrait un enfant en asphyxie bleue rapidement ranimé.

Il est à noter que pour obtenir une fois le segment inférieur ouvert, l'opérateur est tombé directement sur le placenta incéré

sur la partie antérieure du segment. La perforation manuelle du placenta fut nécessaire pour arriver sur le siège fœtal.

Les suites sont subfébriles, mais le 10^{me} jour la malade se lève et quitte le service le 12^{me} jour.

En résumé : Dans ce cas de placenta prævia partiel, la césarienne basse a permis de conserver la vie à la mère et de sauver l'enfant. Les hémorragies abondantes avant le travail constituaient une indication d'urgence de l'opération.

Observation IX 76, 1929.— M^{me} N. O., 32 ans, 6^{me} grossesse quatre accouchements normaux, un avortement spontané suivi de curetage en 1923. Les dernières règles remontent à la première moitié de mai 1929. Grossesse normale, avec un peu d'œdème des membres inférieurs les deux derniers mois. Pas d'albumine dans les urines, le bassin est normal (23 ; 29,5 ; 31,5 ; 21).

Le 23 décembre 1928, elle commence à avoir des pertes du sang, sans aucune douleur, qui durent quelques jours. Le 14 janvier 1929, elle a une seconde hémorragie, étant au lit durant la nuit, également sans aucune douleur. Le 24 janvier 1929, elle commence à perdre du sang, et les pertes continuent en devenant de plus en plus importantes. Elle est alors envoyée dans le service d'obstétrique de la clinique gynécologique. L'abdomen est augmenté de volume pour une **grossesse à terme** et l'enfant se présente en O. I. G. T. ; avec tête mobile au détroit supérieur. Le toucher vaginal démontre une dilatation de cinq francs, avec un col épais à rebords très mous. La poche bombe, mais toute la partie antérieure du col est recouverte du placenta. L'hémorragie devenant de plus en plus abondante et la malade présentant des symptômes d'anémie, on décide de pratiquer de suite une opération césarienne basse. L'opération a lieu sous anesthésie rachidienne pratiquée avec 4 cm. de synaïne Clin à 4 %. L'anesthésie est excellente et permet, après quelques minutes, d'extraire un enfant de 58/3850, en asphyxie blanche mais facilement ranimé. L'opération est faite selon la technique indiquée déjà par le Prof. Beutner. Le placenta étant situé sur la paroi antérieure, on est obligé, pour arriver sur la tête de l'enfant, de perforer le gâteau placentaire, ce qui se fait facilement et n'amène pas d'hémorragie, au grand étonnement des assistants car l'utérus sitôt l'enfant extrait, se contracte de façon intense et spontanément sans aucune injection de gynergène ou pituitine. Cependant, se méfiant des hémorragies secondaires à la rachianesthésie on pratique comme d'habitude une injection intramusculaire

dans l'utérus de pituitrine et de gynergène. Sutures en 4 plans et fermeture de l'abdomen. Les suites sont fébriles les 6 premiers jours, mais tout rentre facilement dans l'ordre, et la malade se remet facilement. Voici ce qu'écrivait le Dr Chatillon que nous empruntons de la Revue Française de gynécologie et d'obstétrique mars 1930, sur cette observation. « Cette observation appelle quelques commentaires. Tout d'abord il apparaît nettement que seule l'opération césarienne basse permettait de délivrer la parturiente avec le minimum de danger. On a ainsi obtenu la mère et l'enfant vivants, et il ne fait aucun doute qu'à l'heure actuelle l'opération césarienne ne constitue la thérapeutique de choix du placenta prævia central. Je dirai même que l'opération basse doit être préférée à la technique classique, malgré les appréhensions que d'aucuns ont pu avoir relativement au fait de se trouver dans l'obligation de traverser le placenta et par là d'augmenter les risques d'hémorragie et de déchirure du segment inférieur. C'est précisément ce qui nous est arrivé dans ce cas, et ceux qui ont assisté à l'opération ont été frappés de la petite perte de sang qu'a subie la malade à l'opération. »

En résumé : D'abondantes hémorragies par placenta prævia partiel ont indiqué l'opération césarienne basse qu'a permis d'avoir un enfant vivant en conservant la vie à la mère.

Observation X. N° 961, 1929. — Mme D. A., 40 ans, 4^{me} pare, en 1923 avortement spontané de 2 mois, en 1926 avortement spontané de 4 mois ; en 1928 avortement spontané d'un mois. La réaction de Bordet-Wassermann est négative. Les dernières règles datent le 15 avril 1929 très faibles. Le bassin est normal (21, 30, 36, 23). Le 28 octobre 1929, elle perd du sang dans la soirée. Depuis cette petite hémorragie, elle perd de temps en temps un peu du sang, et c'est le 15 novembre du soir qu'elle est prise d'une forte hémorragie pour laquelle elle est envoyée à la maternité où l'on constate que le col est dilaté pour deux franks, mais complètement recouvert de placenta, l'enfant est en présentation O.I.D.T. Les bruits du cœur foetal sont bons. La malade perd énormément du sang, et il est décidé de pratiquer immédiatement une opération césarienne basse. L'opération est faite selon la technique habituelle ; et après quelques minutes un enfant est extrait prématurément 42/2500 qui respire quelquefois, mais que l'on ne parvient pas à le ranimer. Injection de pituitrine et de gynergène dans le muscle utérin. Le placenta est inséré complètement sur le col avec insertion vélamenteuse du cordon. Ferme-

ture de l'utérus comme d'habitude. Les suites sont fébriles. La malade décède le 5^{me} jour. L'autopsie permet de constater un utérus myomateux avec une péritonite aiguë diffuse. La voie de l'infection est facile à trouver. La plaie utérine présente une déhiscence au niveau d'une suture à un endroit que présente un petit myome.

Dans ce cas, malgré un état précaire de la malade l'opération était indiquée dans son intérêt propre vu la continuation des hémorragies abondantes. Malheureusement la déhiscence de la cicatrice utérine au niveau d'un petit noyau myomateux permit aux germes infectieux de gagner la cavité péritonéale et d'emmenner ainsi la malade.

Observation XI. N° 1070, 1929. — Mme W. G., 5^{me} pare, 3 accouchements normaux, un avortement spontané. Les dernières règles 13 mai 1929. Fin juillet et fin août 1929 perte du sang qui dure un jour. Depuis le 15 septembre petites pertes du sang régulières. Le 11 décembre, la malade est examinée par le service de la polyclinique qui lui recommande d'entrer dans notre service. Elle perd en effet du sang et même de petits caillots. Le 26 décembre elle perd plus que d'habitude et elle est envoyée aussitôt dans le service. Le soir on peut constater que le col est effacé et dilaté pour un doigt, toute la partie gauche est occupée par le placenta, la tête est mobile au détroit supérieur en O.I.G.T. Les bruits du cœur foetal sont excellents. Le col est dur et il n'y a pas de possibilité de dilater et faire une version avec abaissement d'un pied. C'est alors qu'on décide de pratiquer une opération césarienne basse. L'opération est pratiquée avec une incision transversale du col-du-sac vésico-utérin, refoulement de la vessie. L'enfant est rapidement extrait vivant de 35/2000. Les suites sont normales. La malade quitte le service le 20^{me} jour. Le lendemain l'enfant décède et l'on constate à l'autopsie une hémorragie des méninges molles et on trouve du sang dans le ventricule latéral droit. Il est à noter dans ce cas, qu'il y avait un noyau succenturié du placenta cause probable de l'hémorragie. Le placenta est inséré sur la paroi postérieure dans la partie basse de l'utérus.

En résumé : Dans ce cas, l'indication de l'opération était constituée par l'impossibilité de dilater le col pour faire un Braxton-Hicks et abaissement d'un pied et permettre aussi un tamponnement de la région placentaire par le siège, méthode qui eut certainement permis d'obtenir un résultat semblable à celui de l'opération césarienne, d'autant plus qu'il s'agissait seulement d'un noyau succenturié bas inséré.

Discussions

1) Résultats quant à la mère.

Si l'on examine les cas que nous venons de rapporter ici, on peut constater que deux malades sont décédées de péritonites post-opératoire, toutes les autres ayant été guéries. Il s'agissait pourtant dans presque tous les cas de placenta praevia total (central). Dans les 2 cas de décès par péritonite, il s'agissait de cas dits « impure ». Par surcroît dans le second cas, une malheureuse déhiscence de la cicatrice utérine causée par la présence d'un petit myome intra-mural qui permit aux micro-organismes pathogènes situés dans la cavité utérine de passer dans l'abdomen et de déterminer la péritonite mortelle.

La morbidité maternelle serait très élevée d'après Brouha et sur ces 125 cas, il a relevé 32 fois des suites anormales et la supuration de la paroi serait très fréquente. Dans 3 de nos cas la paroi se ferma par seconde intention. Il y a lieu cependant de noter que dans plus de la moitié des cas les suites furent subfébriles dans le premier septenaire.

Liste des cas opérés à la Clinique obstétricale de l'Université de Genève.

N° Observation	Affection			Mère	Enfant
1) 881/1919	Pl. praevia	total	cent.	vivante	vivant
2) 426/1920	»	»	»	»	»
3) 893/1920	»	»	»	»	»
4) 354/1921	»	»	»	»	»
5) 348/1922	»	»	»	»	»
6) 59/1922	»	»	»	décédée	»
7) 107/1924	»	»	»	vivante	»
8) 68/1929	»	partiel	»	»	»
9) 76/1929	»	»	»	»	»
10) 961/1929	»	total	»	décédée	décédé
11) 1070/1929	»	»	»	vivante	vivant

2) Résultats quant à l'enfant.

Ces résultats sont sans aucun doute excellents, et il ne peut être contesté que l'opération césarienne constitue à l'heure actuelle la meilleure des interventions, quand l'enfant est viable, permettant d'amener au monde dans les cas d'obstacle de praevia placentaire un enfant vivant. Dans un seul de nos cas un enfant n'a pu être ranimé et sans doute pour cause de la grande perte de sang qu'avait subi la mère, tous les autres sont nés vivants. Cependant si l'on examine la mortalité des enfants dans les premiers jours, on constate aussi que ceux-ci nés dans des circonstances graves ayant certainement diminué leur résistance nécessaire au moment du passage de la vie intra en extra-utérine succombent aussi plus facilement.

D'autre part, les difficultés rencontrées parfois lors de l'extraction de l'enfant hors de l'organe gestateur aussi être cause de lésions foétales. Dans l'observation N° 107/1924 l'enfant prématuré fit une broncho-pneumonie avec pleurésie sero-fibrineuse, et dans l'observation N° 1070/1929, l'enfant également prématuré mourut le lendemain. L'autopsie permit de constater une hémorragie des méninges molles et du sang dans le ventricule latéral droit.

La césarienne basse constitue pour le placenta praevia total, à la condition que l'enfant vive et soit viable, l'opération de choix : c'est certainement celle qui, de toutes les interventions obstétricales, donne dans ce domaine les meilleurs résultats. Est-ce à dire qu'il doive s'en suivre que l'opération césarienne basse soit appliquée, comme d'aucuns le recommandent à tous les cas de placenta praevia sitôt que la gestante ou la parturiente fait des hémorragies, (dans le sens de la « Neue Orientierung der Geburts Hilfe » de Hirsch) ? Nous ne le croyons pas, car les méthodes obstétricales anciennes (rupture de la poche, versions de Braxton-Hicks, Ballon) sont amplement suffisantes dans nombre de cas et les résultats n'en sont pas mauvais du tout, en ce qui concerne la mère du moins (voir Hitschmann).

Il est bien évident que si l'on se place au point de vue strict et absolu de l'enfant l'opération césarienne est l'intervention de choix qui permettra de sauver le maximum d'enfants avec le maximum de chances ; mais pour cela, il faut être sûr du résultat quant à la mère, aussi bien immédiat qu'éloigné : or, tel n'est point le cas et cela paraît être la raison pour laquelle cette généralisation de l'opération même pour la technique basse reconnue moins aléatoire pour tous les cas de placenta praevia ne paraît

pas devoir se réaliser. Il semble, à l'heure actuelle, qu'après l'enthousiasme qui s'est manifesté autour de l'opération césarienne basse à ses débuts, que l'on tente à revenir à beaucoup plus d'éclectisme et que l'on s'aperçoit qu'en nombre de cas les vieilles méthodes obstétricales que d'aucuns voudraient voir disparaître à notre arsenal thérapeutique résistent encore et paraissent devoir résister longtemps à la critique la plus saine de véritables cliniciens et non pas de techniciens ayant souvent perdu le sens clinique si nécessaire en pareil cas. Le temps du reste a permis aux faits de s'accumuler et de porter plus sérieusement un jugement équitable.

Les pronostics immédiats et éloignés de l'opération césarienne basse ne sont point si bénins qu'on l'a cru tout d'abord. Ils ont été étudiés tout récemment avec autorité en particulier par Brouha et Brindeau lors de la session de la société belge de Gynécologie et d'Obstétrique à Liège, en juillet 1930 : d'après Rubin (élève de Brindeau) la mortalité de la césarienne basse qu'il a relevée, dans différentes statistiques oscille entre 2,14 et 3,7, et si on ne tient pas compte de certaines séries spécialement heureuse comme celles de Porenta (1126 cas sans cécès), de Délice (948 cas avec 8 décès) : la statistique de von Ammon portant sur 4175 cas donne 2, 14 % et celle de Winter 3, 7 % sur 3554 cas. Mais comme le remarque à juste titre Brouha pour juger de de la césarienne basse il faut écarter de prime abord tous les cas où la mort a pu résulter de l'affection qui a nécessité la césarienne (et précisément le placenta prævia constitue au plus haut degré une de ces affections) et les cas impurs, car malgré tout ce qu'on a pu écrire la césarienne basse n'est pas aussi bénigne que d'aucuns le pensent (danger du toucher, de la rupture prématurée de la poche), à tel point que « sous cet angle les cas de Brouha (125) étaient des cas impurs, et que si sa mortalité a été de 4 %, sa morbidité a été de 50 %, surtout en ce qui concerne la séparation pariétale ». L'un de nos cas rapporté ici est typique à ce sujet.

Nous voudrions relever aussi un point intéressant, c'est celui de l'anesthésie. Plusieurs opérateurs, en effet, (Walther à Zurich en particulier) opèrent sous anesthésie locale. Il est évident que dans les cas de placenta prævia où les femmes sont souvent anémiées et shokées par les hémorragies, la narcose est loin de constituer la méthode de choix.

Dans deux de nos cas l'opération a été pratiquée sous anesthésie rachidienne et sans aucune suite désagréable, (76/29) et

(68/29). On a pu constater qu'après l'extraction de l'enfant sous l'influence de cette anesthésie l'utérus se rétracte spontanément de façon intense rendant toute perte de sang impossible. La perte de sang étant en effet pendant l'opération insignifiante ce qui est très appréciable dans le placenta praevia. Du reste cette contraction de l'utérus sans anesthésie rachidienne a été remarquée dans notre clinique au cours de toutes les opérations césariennes qui ont été faites pour d'autres indications que le placenta praevia. Dans le cas que nous rapportons la césarienne basse, étant donné qu'il s'agissait le plus souvent de cas impurs, était donc toujours préférable à la césarienne classique nécessitant les conditions habituelles de propreté, que l'on sait. Dans presque tous les cas, eu effet, l'opération classique était dangereuse et seule à notre avis la technique basse était indiquée. La crainte d'hémorragies dans la césarienne basse ne doit point influencer, selon nous, l'opérateur dans le choix de sa technique sur le segment inférieur, car jamais dans le cas que nous avons rapporté, cette hémorragie n'a été considérable. De plus, dans 2 cas où l'opérateur a été obligé de perforer le placenta inséré sur la paroi intérieure pour arriver à saisir l'enfant, même dans ces cas, disons-nous, la perte de sang a été très minime. car dans ces 2 cas, l'opération avait été pratiquée sous anesthésie rachidienne et la retraction considérable a fait l'hémostase spontanée.

Conclusions

Il ne saurait être question, avec le peu de cas dont nous disposons, de tirer des conclusions. L'étude de ces exemples cependant nous permet quelques remarques utiles.

Le placenta praevia est avant tout une affection obstétricale qui devrait être traitée, quand elle est totale, dans une clinique et par un spécialiste. Si le médecin diagnostique un placenta praevia, il doit en tout cas renoncer au tamponnement vaginal dangereux, et envoyer la malade dans une clinique le plus rapidement possible. Les complications graves du placenta praevia : hémorragies, infections, ruptures de l'utérus, résultant en effet souvent de l'intervention intempestive, et la plupart des accoucheurs, à l'heure actuelle, sont bien convaincus que les hémorragies graves se déclanchent toujours à la suite de toucher.

En ce qui concerne le placenta praevia partiel, on peut dire que les vieilles méthodes n'ont point fait faillite ; par contre, le placenta praevia total dont la mortalité et la morbidité sont élevées nécessite cette thérapeutique, dont l'opération césarienne basse constitue une des méthodes de choix. Cette opération vue seulement au point de vue de l'enfant, donne dans le placenta praevia central les meilleurs résultats que l'on puisse espérer ; relativement à la mère, elle donne des résultats supérieurs à l'opération classique vu qu'elle permet d'opérer des cas impurs et d'intervenir où la technique classique est manifestement contre-indiquée. Pour le placenta praevia total, elle constitue une méthode de choix car elle permet de sauver presque toujours l'enfant et d'avoir une mortalité maternelle considérablement réduite par les faits suivants :

1) elle offre une meilleure protection du péritoine au point de vue de l'infection.

2) la péritonisation de la plaie utérine peut se faire facilement en deux plans superposés.

3) elle est moins dangereuse que la classique dans les cas « impurs », la plaie utérine pouvant être complètement exclue de la grande cavité abdominale.

L'opération césarienne basse constitue une intervention de choix pour le traitement du placenta praevia central, elle permet de sauver la mère et l'enfant ; toutefois, elle ne saurait être appliquée à tous les cas de placenta praevia sans exception. Dans cette affection, plus que dans toute autre de l'art obstétrical, le sens clinique de l'accoucheur doit rester prédominant.

Bibliographie

- BUMM. — Précis d'accouchement.
- DOLERIS. — Rapport du Congrès de Pétersbourg, 1910.
De l'opération césarienne. La Gynécologie 1911, p. 81.
- DUDLEY. — The modern cesarean section an ideal methode of treatement for placenta praevia. New-York médical journal 1900.
- DUCAROS. — Opération césarienne pour placenta praevia central. Soc. d'Obstétrique de Paris, juillet 1923.
- DESIOUBRY Jean. — Les interventions chirurgicales dans le traitement du placenta praevia (Thèse, Paris 1925 357).
- FAURE G. — Contributions à l'étude des indications de la césarienne dans le placenta praevia. Thèse de Paris 1920.
- GARIPURY. — Césarienne du segment inférieur pour placenta praevia. (Toulouse Médic. N° 11 juin 1929 p. 351).
- GINGLINGER & TASSOWATZ. — La césarienne basse dans le traitement du placenta praevia (Strasbourg médic. N° 620 Mars 1929 p. 150).
- HOLZAPFEL. — De l'opération césarienne dans le placenta praevia (Zeitschrift f. Geburts' Hilfe und Gynaekologie Bd. 53 p. 382).
- JEANNIN (C) — L'opération supra-symphysaire. L'obstétrique, Août 1909.
- KRONIG, — Zur Behandlung der placenta praevia (Zentralblatt für Gynaekologie 190, 1908, N° 46 o. 1497).
- PETIT. — Placenta praevia central opération césarienne mère et enfant vivants. (Soc. d'obstétrique et de Gynécologie de Paris séance de 12/5/24).
- SELLHEIM. — Die Gefahren der natürlichen Geburtsbestrebungen bei Placenta praevia und Ihre Verminderung durch den extra-peritonealen Uterusschnitt (Zentralblatt für Gynaekologie 1908 N° 40 p. 1297).
- BROUHA. — e pronostic de la césarienne basse (Soc. belge de Gynécologie et Obstétrique 1930).
- BRINDEAU. — Le pronostic de la césarienne basse (Soc. belge de Gynécologie et Obstétrique 1930).
- HITSCHMANN. — Die Therapie der Placenta praevia. Vienne Karger 1921.
- FREY O. — Indication, Technick und Resultate des Karseyschnittes Schw. Med. Woche. 1926-1927.
- ROCHAT. — Même sujet et même référence que ci-dessus.
- HEUROTAY. — Des indications des hystérotomies abdominales pendant le travail en dehsrs des angusties pelviennes. Ass. Gynécologie et Obstétrique de langue française. 2mè Congrès de Paris 1921.
- COUVELAIRE. — Même sujet et même référence que ci-dessus.
-